

Carta dei Servizi

| <i>Revisione</i> | <i>Data</i> | <i>Causale</i> | <i>Emissione</i> | <i>Approvazione</i> |
|------------------|-------------|----------------|------------------|---------------------|
| 2 | 02.05.2019 | Aggiornamenti | | |

Indice

| | |
|--|----|
| SEZIONE PRIMA..... | 3 |
| Introduzione: cos'è la carta dei Servizi | 3 |
| 1. Presentazione della Struttura | 3 |
| 2. Finalità..... | 3 |
| 3. Principi fondamentali | 3 |
| 3.1 Eguaglianza | 3 |
| 3.2 Diritto di scelta | 3 |
| 3.3 Efficienza ed efficacia | 3 |
| 3.4 Imparzialità e regolarità..... | 3 |
| 3.5 Continuità | 3 |
| 3.6 Partecipazione | 4 |
| 4. Qualità del Servizio | 4 |
| Controllo qualità interno | 4 |
| Controllo qualità esterno | 4 |
| SEZIONE SECONDA | 4 |
| 1. Informazioni sulla struttura | 4 |
| 2. Servizi forniti..... | 4 |
| 2.1 Carattere delle prestazioni fornite | 4 |
| 2.2 Modalità di accesso alla struttura | 4 |
| 2.3 Orario di apertura | 5 |
| 2.4 Accesso diretto e prestazioni urgenti..... | 5 |
| 2.5 Ritiro Referti..... | 5 |
| 2.6 Identificazione del personale..... | 5 |
| 2.7 Comfort | 5 |
| 2.8 Sicurezza | 5 |
| 2.9 Rispetto della Privacy..... | 6 |
| 3. Diritti di Tutela e Partecipazione..... | 6 |
| Diritto al rispetto | 6 |
| Diritto alle libertà di scelta | 6 |
| Diritto alla qualità delle cure | 6 |
| Diritto all'informazione..... | 6 |
| Diritto al reclamo..... | 7 |
| SEZIONE TERZA | 7 |
| 1. Politica per qualità..... | 7 |
| 2. Standard di qualità..... | 8 |
| 3. Impegni e Strumenti | 8 |
| SEZIONE QUARTA..... | 9 |
| 1. Reclami e modalità di accesso..... | 9 |
| 2. Verifica degli impegni e adeguamento organizzativo..... | 9 |
| 3. Indagini sulla soddisfazione degli utenti | 9 |
| Allegato Misurazioni Standard qualità..... | 10 |

SEZIONE PRIMA

Introduzione: cos'è la carta dei Servizi

La legislazione vigente, con particolare riferimento al DPCM 19/05/95 e s.m.i., stabilisce che le strutture sanitarie debbano dotarsi di una "Carta dei Servizi". Questa è un documento che, raccogliendo dati e notizie indispensabili all'utenza, contribuisce a migliorare sempre più il rapporto con gli utenti fornendo informazioni ai pazienti e ai loro familiari sui diritti e le responsabilità e mirando a coinvolgerli nel processo di cura.

La Carta dei Servizi, oltre alle informazioni più generali, contiene una descrizione approfondita di tutti i servizi offerti dalla Struttura.

La Carta dei Servizi, insomma, è il "contratto" tra la Struttura e gli utenti.

I. Presentazione della Struttura

La Struttura che si fonda sui presupposti giuridici contenuti nel D. A. n. 2674 del 18.II.09 e s.m.i..

EMOLAB

DOTT. ANGELO SINDONI & C. S.A.S.

Direttore Responsabile: Dott.ssa Cardone Gaetana

La Struttura opera in regime di Accreditamento e Convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

La Struttura effettua esami di:

Laboratorio Generale di Base

2. Finalità

La Struttura è gestita da persone che mirano a svolgere il proprio ruolo all'insegna della massima professionalità, disponibilità, cortesia, trasparenza ed efficacia, per fornire all'utente un servizio che possa essere sempre più soddisfacente, nell'ottica di

"miglioramento continuo". Tutto questo senza dimenticare che l'utente a cui si fa riferimento è una persona che attraversa una condizione di particolare sensibilità e fragilità.

3. Principi fondamentali

3.1 Eguaglianza

La Struttura nel rapporto con gli utenti non compie alcuna discriminazione per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni psico-fisiche e socio-economiche.

3.2 Diritto di scelta

L'utente ha il diritto di scegliere la propria struttura di fiducia alla quale affidarsi.

3.3 Efficienza ed efficacia

La Struttura è costantemente impegnata per:

- migliorare l'informazione obiettiva ed imparziale sulle prestazioni sanitarie disponibili;
- attuare programmi d'informatizzazione della diagnosi, nel rigoroso rispetto della riservatezza nei confronti di terzi;
- dare sempre maggiore considerazione agli eventuali reclami;
- fornire al paziente informazioni esaurienti e chiare allo stesso tempo;
- informare e formare il personale operante sui principi dell'accoglienza al fine di migliorare la qualità complessiva del servizio, migliorandone l'ospitalità.

3.4 Imparzialità e regolarità

La Struttura eroga il servizio secondo criteri di obiettività e regolarità.

Attraverso il proprio personale, garantisce la regolarità e la continuità del servizio, nel rispetto dei principi e delle norme sanciti dalle leggi e dalle disposizioni contrattuali in materia.

3.5 Continuità

Attraverso questo principio la Struttura pone rilievo sull'informazione agli utenti circa le modalità di prestazione del servizio erogato e stabilisce che il servizio deve avere tre requisiti essenziali:

1. completezza;
2. chiarezza;
3. accessibilità.

Completezza:

perché la Struttura rende note agli utenti le condizioni tecniche di erogazione del servizio, le decisioni che li riguardano e le possibilità di reclamo;

Chiarezza:

perché sono assicurate le indicazioni tecniche e giuridiche di espletamento del servizio, sono adottati standard di qualità che consentono il tempestivo adeguamento alle implicite e/o esplicite richieste dell'utenza, in sintonia con quanto stabilito dalla Direzione;

Accessibilità:

perché gli strumenti di comunicazione adottati devono essere tali da raggiungere tutti gli utenti.

Il servizio è erogato con continuità e ogni eventuale interruzione sarà comunicata agli utenti.

3.6 Partecipazione

È garantita la partecipazione alla prestazione del servizio anche attraverso associazioni di volontariato e di tutela dei diritti nonché attraverso la divulgazione di schede di valutazione del servizio.

4. Qualità del Servizio

L'attenta scelta delle tecnologie in uso nella Struttura ha il fine di implementare la precisione e l'accuratezza dei risultati cercando di massimizzare la qualità del servizio erogato.

La politica di miglioramento continuo della struttura viene perseguita anche attraverso i controlli di qualità sia interni che esterni, che periodicamente vengono effettuati dal personale sugli strumenti, per avere la massima affidabilità e quindi la massima attendibilità dei risultati forniti.

Controllo qualità interno

La Struttura esegue regolarmente un Controllo di Qualità intralaboratorio con sieri a contenuto noto, sia normale che patologico, con cadenza periodica.

Controllo qualità esterno

La struttura partecipa alle VEQ, ovvero le Valutazioni Esterne di Qualità attraverso l'invio ed il controllo dei risultati al CRQ (Centro Regionale Qualità dei Laboratori della Regione Sicilia).

I programmi di Valutazione Esterna della qualità (VEQ) costituiscono uno strumento a disposizione del laboratorio clinico per confrontarsi con le strutture e per ottenere informazioni sul livello di accuratezza delle proprie prestazioni analitiche. Essi si basano sull'invio, da parte di un centro organizzatore (CRQ), di campioni di controllo a titolo ignoto a tutti i laboratori partecipanti. I campioni di controllo sono analizzati dai partecipanti con modalità analoghe a quelle utilizzate per i campioni dei pazienti. I risultati ottenuti sono inviati al centro organizzatore che provvede ad elaborarli e a preparare rapporti per i singoli partecipanti. Per i controlli che non rientrano nei pacchetti disponibili del CRQ la struttura si avvale di altri Provider.

SEZIONE SECONDA

I. Informazioni sulla struttura

EMOLAB DOTT. ANGELO SINDONI & C. S.A.S.

Direttore Responsabile: Dott.ssa Cardone Gaetana

2. Servizi forniti

La Struttura effettua esami di:

Laboratorio Generale di Base

2.1 Carattere delle prestazioni fornite

Le prestazioni sono erogate in regime di convenzionamento e accreditamento con il S.S.N.

2.2 Modalità di accesso alla struttura

Per potere usufruire delle prestazioni mediche richieste, l'Utente è tenuto a presentarsi presso l'accettazione in possesso di:

1. Prescrizione del Medico
2. Tessera Sanitaria
3. Documento d'identità

4. Eventuale documentazione attestante il diritto alla esenzione del pagamento del Ticket secondo la normativa vigente.

Il personale addetto fornirà le spiegazioni necessarie per ogni tipologia di indagine e le indicazioni sulle eventuali preparazioni da seguire.

Eventuali informazioni possono essere richieste anche telefonicamente al seguente numero:

090 3374357

Per conoscere l'elenco completo delle prestazioni erogabili in regime di Convenzione col S.S.N secondo il vigente nomenclatore tariffario o il costo delle prestazioni eseguibili in regime libero professionale è possibile rivolgersi direttamente al personale in accettazione che fornirà le dovute informazioni sulle modalità di pagamento o di esenzione dal Ticket

Le esenzioni vengono applicate limitatamente all'età, al reddito, allo stato di disoccupazione o per patologia, secondo la normativa vigente.

Per eseguire un accertamento in regime di convenzione è necessario presentare l'impegnativa del Medico curante e un documento d'identità.

2.3 Orario di apertura

La struttura è aperta al pubblico nei seguenti orari:

Dal Lunedì al venerdì dalle 07:15 alle 13:00

Lunedì e giovedì dalle 15:30 alle 16:30

Sabato dalle 08:00 alle 12:00

La struttura è dotata di Servizio Accettazione con personale addetto ai rapporti con gli utenti (U.R.P.) a cui possono rivolgersi anche gli utenti stranieri con problemi di comprensione della lingua.

Il responsabile U.R.P. è il referente per l'ascolto di utenti e familiari, accettare reclami, segnalazioni e suggerimenti, fornire informazioni sui diritti e le responsabilità dell'Utenza allo scopo di coinvolgerli nel processo di cura.

2.4 Accesso diretto e prestazioni urgenti

La Struttura garantisce accesso diretto per le prestazioni urgenti previa autorizzazione del Direttore Responsabile.

Donne in gravidanza e persone con disabilità hanno la precedenza.

Verrà data particolare attenzione ad anziani e minori che presentino particolari esigenze.

2.5 Ritiro Referti

Qualora il ritiro del referto non sia effettuato dal diretto interessato, sarà necessario essere in possesso dell'apposito modulo di delega opportunamente firmato e accompagnato da una copia del documento di identità del delegato.

La legge nazionale (Comma 8, articolo 5, legge n. 407 del 29 dicembre 1990) prevede l'obbligo per ogni utente del S.S.N. di ritirare il referto entro 30 giorni dalla disponibilità del referto. In caso di mancato ritiro dei referti entro tali termini l'utente sarà tenuto al pagamento per intero, anche se esente dal pagamento del ticket, della relativa tariffa.

2.6 Identificazione del personale

Tutti i soggetti appartenenti alla Struttura, compresi eventuali partecipanti al processo assistenziale nell'ambito di percorsi formativi (es. tirocinio, specializzazione post-laurea, ecc) sono opportunamente identificabili attraverso il cartellino personale.

2.7 Comfort

Al fine di mantenere un ambiente confortevole ed accogliente, tutti i nostri locali sono climatizzati.

2.8 Sicurezza

La Struttura ha provveduto a tutti gli adempimenti di legge in materia di sicurezza sul lavoro previsti dal D.lgs 81/08 e s.m.i. ed è dotata di tutte le necessarie autorizzazioni in materia. Viene monitorato costantemente il livello di rischio al suo interno, adottando tutte le misure necessarie atte a garantirne il mantenimento ai livelli minimi possibili. Tutti i presidi antincendio e di sicurezza sono costantemente verificati.

2.9 Rispetto della Privacy

La Struttura garantisce il trattamento dei dati personali ottemperando al regolamento UE 679/2016 e al decreto 196/2003 e s.m.i.

3. Diritti di Tutela e Partecipazione

Diritto al rispetto

La Struttura si impegna a sviluppare una positiva collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato. Il cittadino accolto in un'istituzione sanitaria gode di diritti che fondano e caratterizzano il suo rapporto con l'istituzione stessa.

Ogni famiglia che si trova ad assistere un suo componente ha il diritto di ricevere il rispetto della dignità personale e delle sue convinzioni morali, politiche e religiose e la tutela su:

- la protezione da qualsiasi pressione, diretta o indiretta, sulle convinzioni personali del cittadino ospitato, come condizione essenziale per sviluppare relazioni di fiducia tra il paziente e i medici o gli operatori sanitari;
- la riservatezza nell'esecuzione della prestazione, nel pieno rispetto del pudore e dell'intimità personali;
- il trattamento dei dati personali secondo il rispetto della legislazione vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs 196/2003 e s.m.i.).
- un trattamento professionalmente corretto e cortese da parte del personale, che è tenuto a rivolgersi al paziente, interpellandolo col suo nome e cognome, nonché con la particella pronominale "Lei".

Diritto alle libertà di scelta

Il Diritto alla libertà di scelta tutela:

- la libertà di scelta del luogo di diagnosi e cura da parte del cittadino;

- l'accesso, nei tempi più brevi possibili, a cure di qualità, qualunque sia la condizione sociale, ideologica, economica e di età del paziente;
- un'informazione obiettiva ed imparziale sull'offerta di prestazioni terapeutiche e strumentali disponibili, per mettere il paziente in condizione di decidere dove farsi curare;
- la libertà di scelta del trattamento, tra diverse opzioni possibili;
- la possibilità di rifiutare ogni metodo diagnostico, terapeutico e di sperimentazione, grazie ad un'informazione esauriente e chiara al paziente o ai suoi rappresentanti legali, nel rispetto degli interessi legittimi della sanità pubblica.

Diritto alla qualità delle cure

Il Diritto alla qualità delle cure garantisce:

- il massimo della sicurezza nell'esercizio della medicina, l'esecuzione della prestazione e l'assistenza ai pazienti;
- prestazioni di qualità adeguata allo stato del malato, nelle migliori condizioni materiali possibili;
- il beneficio dei progressi della medicina e della tecnologia in campo diagnostico e terapeutico;
- la formazione di base e specialistica del personale medico, sostenuta anche da opportune iniziative di aggiornamento;
- la progressiva attivazione di un processo interno di valutazione della qualità.

Diritto all'informazione

Il Diritto all'informazione tutela:

- il diritto ad un'informazione adeguata sulle caratteristiche della struttura sanitaria, le prestazioni ed i servizi da essa erogati, le modalità di accesso, l'organizzazione interna;
- il diritto ad un'informazione imparziale sulla possibilità di ulteriori indagini eventualmente disponibili in altre strutture;
- il diritto ad un'informazione obiettiva ed appropriata sulle modalità di indagine e sugli atti

terapeutici, al fine di poter esprimere un consenso effettivamente informato;

- che il diritto all'informazione venga esercitato dai suoi rappresentanti legali qualora il paziente non si trovi in condizione di ricevere un'informazione diretta o di autodeterminarsi;
- il diritto al rigoroso rispetto della riservatezza dei dati relativi alla sua persona e alla sua malattia, conservati in una cartella clinica e in un archivio informatico;
- il diritto ad identificare il personale, che deve essere dotato di cartellino di riconoscimento.

Diritto al reclamo

Il Diritto al reclamo tutela:

- il diritto del paziente, o dei suoi familiari, a veder presi in considerazione dalle istituzioni gli eventuali reclami;
- il diritto a ricevere precise informazioni sulla modalità di presentazione dei reclami stessi e dei mezzi messi a disposizione dalla Struttura (personale disponibile, cassetta per l'inoltro delle osservazioni, se prevista, ecc);
- il diritto di conoscere, entro un determinato periodo di tempo l'esito dell'eventuale reclamo presentato;
- il diritto ad esprimere il proprio parere sulla qualità delle prestazioni, dei servizi, dell'assistenza ricevuti, anche tramite la compilazione del questionario di soddisfazione dell'utente.

La Struttura, attraverso il proprio modulo reclami, garantisce le funzioni di tutela verso il cittadino e prevede, per quest'ultimo, la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni, i principi fondamentali dell'assistenza sanitaria.

Per conoscere le modalità di presentazione di eventuali reclami si rimanda all'apposita sezione del presente documento.

SEZIONE TERZA

I. Politica per qualità

La Struttura si impegna a perseguire una politica che pone al centro delle attività l'utente.

In particolare, la soddisfazione del cliente viene perseguita offrendo e adeguando tutti i processi erogativi alle sue particolari esigenze, implicite ed esplicite.

Questo presuppone l'instaurazione di una profonda interazione tra la Struttura e gli utenti che fruiscono delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi che si pone la Struttura sono:

- il miglioramento dell'immagine e della reputazione sul mercato;
- garantire all'utente che tutti i servizi erogati nei diversi contesti e situazioni siano mirati ed adeguati alle specifiche esigenze;
- perseguire la costante innovazione del know-how e la sua ingegnerizzazione ("shelf engineering") al fine di patrimonializzare protocolli, metodi materiali e esperienze;
- l'applicazione degli standard di qualità previsti regolamentando l'attività di esecuzione degli esami e dei processi correlati mediante la redazione, e la successiva adozione di metodiche standard;
- migliorare la qualità tecnica delle prestazioni grazie all'esecuzione di controlli periodici sui macchinari;
- la soddisfazione delle parti interessate (clienti, dipendenti, fornitori), e quindi: raggiungimento degli obiettivi di budget, incremento del livello occupazionale, costante riduzione del numero dei reclami, elevato livello di soddisfazione degli utenti, accordi di partnership con i fornitori;
- il rispetto degli impegni espliciti ed impliciti;
- la cura della comunicazione verso il cliente/utente;
- migliorare l'assistenza al cliente fornendo sempre informazioni chiare relative ai servizi erogati: tutto questo sarà perseguito attraverso una costante attività di formazione e aggiornamento del management aziendale e dei dipendenti che ricoprono ruoli di responsabilità;
- il rispetto dell'ambiente e della normativa ambientale vigente;

- il rispetto della normativa sulla sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro;
- il rispetto della normativa sulla gestione dei dati personali degli utenti.

La presente Politica della qualità, viene diffusa a tutti i livelli aziendali oltre che esposta all'interno dei locali in maniera da assicurarne la visione costante da parte di tutto il personale e la conoscenza da parte dei visitatori

2. Standard di qualità

La Struttura ha affrontato la questione della misurazione della qualità nell'ambito dei propri servizi focalizzando l'attenzione sui seguenti Standard di qualità:

| CARATTERISTICA DEL SERVIZIO | INDICATORE | STANDARD |
|--|--|--|
| Disponibilità e cortesia del personale | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% |
| Qualità delle informazioni ricevute in fase di accettazione e consegna referti | Percentuale di utenti soddisfatti | 95 % |
| Qualità del servizio di medicina di laboratorio | Adeguatezza grado di istruzione, formazione, addestramento ed esperienza del personale | Possesso dei requisiti stabiliti dalle leggi regionali e nazionali |
| | Risultati dei controlli di qualità interni ed esterni (VEQ) | 95% accettabili |
| | Non conformità riscontrate in erogazione | 0 |
| | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% |
| Protezione dei dati personali | Tutela dei dati personali | Secondo normativa vigente |
| | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% |
| Igiene e comfort degli ambienti | Percentuale di utenti soddisfatti | 90% |
| Rischio clinico | Numero eventi avversi e near-missing | 0 |
| Reclami | Numero di reclami ricevuti | 0 |
| Giudizio generale sulla qualità dei servizi ricevuti | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% |

Gli standard sopra descritti sono monitorati costantemente attraverso strumenti dedicati. Tutti i risultati ottenuti sono analizzati almeno una volta all'anno in sede di riesame dove ne viene valutato l'andamento.

3. Impegni e Strumenti

L'Organizzazione della struttura aziendale, dando priorità alle azioni preventive per il miglioramento continuo, è impegnata a:

- agire nel pieno rispetto delle norme e delle leggi vigenti in campo nazionale e regionale ed applicabili;
- perseguire il miglioramento continuo dei risultati;
- accrescere la soddisfazione del cliente mediante la traduzione delle sue esigenze ed aspettative in requisiti del servizio offerto;
- tenere sotto controllo la qualità dei servizi erogati attraverso attività sistematiche di monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti risultanti;
- migliorare l'efficacia e l'efficienza interna attraverso l'impiego delle migliori procedure operative ed organizzative (best-practice) esistenti ed in ottemperanza alle linee guida di riferimento nazionale;
- promuovere il coinvolgimento delle risorse umane mediante incontri e sessioni di sensibilizzazione sull'importanza di ciascuna attività al raggiungimento degli obiettivi.

SEZIONE QUARTA

I. Reclami e modalità di accesso

Per presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni sanitarie è possibile:

- rivolgersi al Responsabile U.R.P. (Ufficio relazioni con il pubblico)
- compilare il modulo specifico richiedibile in accettazione.

Eventuali osservazioni, opposizioni, denunce, e reclami dovranno essere presentate, nei modi sopra elencati, entro 15 giorni (art. 14 comma 5, dal D.Lgs. 502/92) dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti.

Il responsabile del Servizio Relazioni con il Pubblico, nei tre giorni successivi, comunicherà al Responsabile interessato l'avvenuta opposizione, osservazione, denuncia o reclamo affinché adotti tutte le misure necessarie ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio e delle quali verrà data comunicazione all'utente.

La risposta al reclamo è immediata per le segnalazioni che si presentano di semplice soluzione, mentre in casi più complicati avverrà entro e non oltre 10gg.

2. Verifica degli impegni e adeguamento organizzativo

L'adozione di un Sistema Qualità, fornisce i mezzi per una continuativa verifica degli impegni e dell'adeguamento organizzativo. Tali mezzi sono:

- le Verifiche Ispettive interne, che vengono effettuate periodicamente su tutte le attività inerenti i servizi erogati;

- i Riesami della Direzione, che lo staff dirigenziale, effettua annualmente per valutare l'andamento generale del sistema qualità, nonché evidenziare il monitoraggio degli standard qualitativi sopra definiti.

La Struttura garantisce la verifica dell'attuazione degli impegni pubblicati, attraverso:

- relazione annuale sui risultati conseguiti;
- attuazione degli standard pubblicati e adeguamento degli stessi alle esigenze del servizio offerto avendo cura di ridurre al minimo eventuali conseguenze disagiati per gli utenti;
- programmazione annuale di piani diretti al miglioramento continua della qualità.

3. Indagini sulla soddisfazione degli utenti

Al fine di migliorare i servizi offerti ai propri utenti è stato adottato un questionario di soddisfazione dell'utente che viene messo a loro disposizione.

L'utente potrà compilarlo in forma anonima e lo potrà riconsegnare direttamente all'accettazione o depositandolo in un apposito contenitore.

Tutti i questionari vengono periodicamente raccolti ed analizzati da parte della Direzione al fine di migliorare l'erogazione del proprio servizio.

Da parte degli utenti è gradito qualsiasi suggerimento.

Allegato Misurazioni Standard qualità

| CARATTERISTICA DEL SERVIZIO | INDICATORE | STANDARD | MISURE 2018 |
|---|--|--|--|
| Disponibilità e cortesia del personale | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% | 97% |
| Qualità delle informazioni ricevute in fase di accettazione e prenotazione. | Percentuale di utenti soddisfatti | 95 % | 97% |
| Qualità del servizio di medicina di laboratorio | Adeguatezza grado di istruzione, formazione, addestramento ed esperienza del personale | Possesso dei requisiti stabiliti dalle leggi regionali e nazionali | Personale idoneo e costantemente formato |
| | Risultati dei controlli di qualità interni ed esterni (VEQ) | 95% accettabili | 97% accettabili |
| | Non conformità riscontrate | 0 | 0 |
| | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% | 97% |
| Protezione dei dati personali | Tutela dei dati personali | Secondo normativa vigente | Pieno rispetto alla normativa vigente |
| | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% | 97% |
| Igiene e comfort degli ambienti | Percentuale di utenti soddisfatti | 90% | 97% |
| Rischio clinico | Numero eventi avversi e near-missing | 0 | 0 |
| Reclami | Numero di reclami ricevuti | 0 | 0 |
| Giudizio generale sulla qualità dei servizi ricevuti | Percentuale di utenti soddisfatti | 95% | 98% |